

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

364

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

GUSTAVE GUÉRARD

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Né à Moncornet (Aisne)

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

SURDITÉ

CONSÉCUTIVE A L'OTITE MOYENNE SÈCHE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
A. ROBIN et CHAUFFARD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

364

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 29 Juillet 1892, à 1 heure

PAR

GUSTAVE GUÉRARD

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Né à Moncornet (Aisne)

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

SURDITÉ

CONSÉCUTIVE A L'OTITE MOYENNE SÈCHE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { POTAIN, professeur.
A. ROBIN et CHAUFFARD, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ VERNEUL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER.	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD.	GLEY.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA FEMME

A MA SECONDE MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAÎTRES DE REIMS

A MES MAÎTRES DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. MIOT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0067

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR STRAUS
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE PARIS
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
S U R D I T É
CONSÉCUTIVE A L'OTITE MOYENNE SÈCHE

AVANT-PROPOS.

Avant tout nous tenons à remercier notre éminent maître, le docteur Miot, des excellentes leçons qu'il nous a données pendant les deux ans que nous avons passés chez lui, et notre modeste travail a surtout pour but de mettre en évidence quelques-unes des expériences de thérapeutique auriculaire qui lui sont personnelles.

Qu'il nous soit permis de présenter l'expression de notre gratitude à nos professeurs de Paris, et à nos premiers maîtres de l'École de Reims.

Enfin que M. le professeur Straus, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive tous nos remerciements.

INTRODUCTION.

Au fur et à mesure des progrès de l'anatomie pathologique et de la séméiologie, on a découvert et démontré que bien des surdités, rangées sous la dénomination de surdités nerveuses, n'étaient en réalité dues qu'à des lésions de l'oreille moyenne occasionnées par la sclérose de cette partie de l'organe.

Si nous avons contre nous l'opinion de certains auteurs comme Voltolini, qui admet une lésion labyrinthique dans la plupart des otites scléreuses, nous avons en notre faveur les observations de Toynbee (21 cas de surdité nerveuse sur 184), de Burkhard Mérian de Bâle (7,25 0/0) de Hugo Hasler à la Polyclinique de Halle (5 0/0) de Burkner de Goettingen (5 0/0) enfin de Duncanson d'Edimbourg qui ne trouve que 13 cas de surdités nerveuses pures sur cinq cents cas. (juin 81).

Nous pourrions citer d'autres auteurs Bouche-ron (1887), Miot (1889), Politzer qui étudie spécialement les altérations de l'étrier dans l'ankylose

de l'articulation stapédo-vestibulaire, et enfin la plupart des otologistes actuels, dont la préoccupation constante est l'amélioration de l'audition dans l'otite moyenne sèche, puisque la guérison est malheureusement impossible.

Presque tous les auteurs admettent deux formes de début de l'otite moyenne sèche, maladie éminemment insidieuse, indolore, à marche progressive, et aboutissant fatalement à la surdité complète, si un traitement approprié ne vient en enrayer le processus.

1° La forme hyperplastique, avec gonflement de la muqueuse, hyperémie, néoformation d'éléments plastiques, avec sécrétion catarrhale au début, puis métamorphose régressive des éléments de néoformation, et constitution de brides fibreuses.

2° La forme sèche proprement dite, dans laquelle la muqueuse de la caisse du tympan subit un épaissement interstitiel sans gonflement hyperémique antérieur, avec rigidité de cette muqueuse, dépôts de formation calcaire et ankylose des osselets.

Cette seconde forme n'est souvent que la résultante de la première, et la preuve c'est qu'il n'est pas rare de trouver les deux états chez un même malade atteint d'une surdité progressive des deux oreilles sans douleur ni écoulement.

Quoiqu'il en soit, l'otite scléromateuse aboutit à la surdité, même dans les cas où l'oreille interne

est indemne, par l'immobilisation des organes de transmission des ondes sonores :

Deux moyens sont en présence pour remédier à cette immobilisation : 1° le traitement classique local accompagné d'un traitement général différant suivant les cas ; 2° le traitement chirurgical proprement dit.

1° Le traitement local classique consiste en insufflation d'airs dans la caisse (procédé de Valsalva, procédé de Politzer), en injection de vapeurs ou de liquides médicamenteux à l'aide de la sonde (cathétérisme des trompes d'Eustache). Ce traitement, composé en somme d'opérations de petite chirurgie, est appliqué dans un double but : il agit par la poussée de l'air dans la caisse en détruisant les brides, en mobilisant les osselets, en soulevant la membrane tympanique ; il doit aussi avoir une action heureuse sur la marche de la maladie, en mettant les tissus pathologiques sous l'influence de médicaments liquides ou à l'état de vapeurs. Il offre certainement d'immenses avantages, nous verrons que, loin de le négliger, nous l'employons toujours avant de tenter la moindre opération ; et que nous nous en servons toujours à titre d'adjuvant dans le traitement chirurgical proprement dit.

Il arrive que ce traitement ordinaire ne produit aucun résultat : malgré tous les efforts,

l'audition du malade ne s'améliore pas ; il ne reste alors que l'intervention chirurgicale.

Ce traitement devons-nous le tenter, le pouvons-nous ? Oui, car le processus scléreux, alors même qu'il n'a pas atteint l'oreille interne, et n'a déterminé que l'ankylose des osselets, peut amener l'atrophie des rameaux du nerf auditif, cette sorte d'atrophie qui atteint les organes en inactivité forcée ; nous le devons, car bien que la sclérose prenne souvent tous les organes de l'oreille moyenne, dans beaucoup de cas aussi, la lésion principale reste localisée plus spécialement sur l'un ou l'autre des éléments qui la composent. Une thérapeutique logique s'impose : il faut agir sur l'élément malade lui-même. Mais nous verrons qu'en agissant sur l'élément malade quel qu'il soit, notre but est celui-ci : permettre à l'étrier de recevoir les vibrations.

DIVISION.

L'oreille moyenne se présente sous la forme d'une cavité (caisse du tympan), close, aérée, interposée au courant sonore aérien et à l'appareil sensitif auriculaire qu'elle isole.

Cette caisse est fermée en dehors par le tympan, membrane vibrante destinée à se mettre en mouvement sous l'influence des ondes sonores extérieures.

Ces vibrations sont transmises à l'oreille interne par la chaîne des osselets, composée de dehors en dedans du marteau, de l'enclume, de l'étrier. Articulés entre eux dans l'ordre que nous avons indiqué, ils forment une chaîne continue mobile, en communication avec le tympan d'une part par le manche du marteau, en communication d'autre part avec l'oreille interne par l'intermédiaire de la fenêtre ovale avec laquelle se trouve en rapport l'étrier. Ce dernier osselet n'est séparé du labyrinthe que par la membrane fibreuse et élastique qui ferme la fenêtre ovale.

Les mouvements de ces osselets sont réglementés

par deux muscles différents : le muscle interne du marteau et le muscle de l'étrier. Ces muscles sont antagonistes l'un de l'autre, se font parfaitement équilibre, et corrigent mutuellement leur action au grand profit de l'acte auditif.

Les ondes sonores parviennent à l'oreille interne de la façon suivante : le tympan vibre, met en mouvement le manche du marteau compris dans son épaisseur ; celui-ci articulé avec l'enclume transmet le mouvement à cet osselet, qui agit alors sur l'étrier, dernière étape des ondes sonores avant d'arriver à l'organe de perception.

Nous n'insisterons pas davantage pour le moment sur la physiologie de l'oreille moyenne. Il nous suffira de retenir ceci : c'est que les éléments qui la composent constituent premièrement un organe de transmission, deuxièmement un organe d'accommodation, et que l'accomplissement normal de ces deux fonctions est subordonné à une condition essentielle, primordiale, absolument nécessaire : la mobilité.

Que l'un quelconque de ces éléments vienne à être immobilisé il ne peut agir sur l'étrier, sans le secours duquel les vibrations ne peuvent être transmises d'une façon nette ou suffisante à l'oreille interne : la surdité sera naturellement encore plus compréhensible si c'est l'étrier lui-même qui est ankylosé.

Or cette facilité du jeu de l'appareil de transmission peut être entravée pour mille raisons dans l'otite moyenne sèche.

1° Par lésions du tympan.

2° Par altération des muscles de la caisse.

3° Par ankylose des osselets et particulièrement celle de l'étrier dans la fenêtre ovale.

4° Par des synéchies multiples.

5° Enfin par toutes ces causes réunies.

Nous aurons donc à étudier ces différentes modifications pathologiques et leur traitement.

LÉSIONS DU TYMPAN DANS L'OTITE MOYENNE SÈCHE.

— SES DÉFORMATIONS. — RÉTRACTION DU TENSOR
TYMPANI. — MYRINGOTOMIE. — MYRINGODEC-
TOMIE. — TÉNOTOMIE.

Il est bien difficile de séparer l'étude pathologique du tympan de celle du marteau et du muscle tensor tympani ou muscle interne du marteau ; en effet, le manche de l'osselet fait partie intégrante de la membrane, et d'autre part le muscle tensor tympani en agissant sur le marteau agit en même temps sur le tympan.

Par l'effet de la sclérose, le tympan peut :

1° S'épaissir par infiltration graisseuse, prolifération du tissu fibreux, par des dépôts calcaires ;

2° S'atrophier, au point d'en être réduit à une mince pellicule absolument translucide. Sous l'influence de la succion pharyngienne et de la pression extérieure, il s'enfonce dans la caisse (tympan flaccide). C'est alors surtout que « le manchon fibreux qui entoure le tendon du muscle tensor tympani subit les mêmes modifications scléreuses que la muqueuse de la caisse » (Tillaux) et détermine la rétraction du tendon (tympan rétracté) ;

3° Etre adhérent par des synéchies l'unissant, et unissant quelquefois le marteau en même temps que lui, aux parois de la caisse ou aux osselets.

Il est facile de comprendre le mécanisme de la surdité dans ces différents cas. En effet, toute membrane pour donner des vibrations nettes a besoin d'un certain état de tension qu'elle ne peut dépasser sans nuire à son bon fonctionnement. C'est ce que Gellé appelle l'état de tension moyenne du tympan.

Le tympan est-il épaissi, il a perdu sa laxité, il oppose une résistance trop grande aux vibrations, qui ne sont point transmises ou ne le sont qu'imparfaitement à l'étrier. Le tympan est-il relâché ou rétracté, il a perdu son état de tension moyenne dans le premier cas en moins, dans le second cas en plus.

Ajoutons à cela que la contraction du tensor tympani ayant pour effet physiologique d'enfoncer l'étrier dans la fenêtre ovale, sa rétraction pathologique maintient d'une manière permanente cet enfoncement, et détermine, outre l'immobilité de cet osselet, une compression labyrinthique sans qu'il soit possible au muscle antagoniste, le stapédius, de contrebalancer cette action.

Là encore, tout en admettant l'hypothèse qu'il n'y a aucune lésion du côté de la fenêtre ovale et

del'étrier, c'est l'immobilisation de cet osselet qui entraîne la surdité.

Nous connaissons les différentes lésions de la membrane tympanique dans l'otite moyenne sèche, et le mécanisme de la surdité ; avant d'instituer le traitement, il nous reste à diagnostiquer ces lésions.

La vue à l'aide du speculum auri, nous donnera la notion de l'épaississement du tympan. Celui-ci aura perdu en partie ou en totalité sa transparence, il sera gris blanchâtre, il pourra présenter des plaques calcaires, le manche du marteau ne sera plus visible dans certains cas, sa direction sera modifiée. Si le tympan a perdu sa surface unie pour former par place des godets, on pourra diagnostiquer des synéchies, sans qu'il soit toujours possible d'en déterminer le siège exact dans la caisse, la direction, le degré de résistance.

Le tympan relâché ou rétracté apparaîtra enfoncé dans la caisse dans une étendue plus ou moins grande de sa surface ; il pourra être tellement enfoncé qu'il semblera former une ou des perforations. Dans le cas de rétraction du tendon, l'enfonçure siègera particulièrement en arrière du manche, qui aura subi une forte traction en dedans et apparaîtra en raccourci. Pour diagnostiquer ces états, la vue seule ne suffit pas, nous serons obligés de nous aider et de l'insufflation

d'air dans la caisse. Après l'insufflation, le tympan relâché apparaîtra bombant fortement en dehors, bien au-delà de sa course ordinaire, après le Valsalva dans les cas normaux. L'audition sera alors améliorée s'il n'y a pas d'autres lésions de la caisse.

La vue nous permettra encore de constater les inclinaisons anormales du marteau. Nous compléterons notre examen au speculum auri avec le speculum pneumatique de Siegle qui aidera à constater la mobilité du tympan et celle du manche.

Le diagnostic de la cause de l'inclinaison du manche sera souvent difficile. Est-elle déterminée parla rétraction du tendon du tensor tympani, ou bien par des synéchies ayant occasionné une inclinaison anormale de l'enclume ou de l'étrier, et l'ayant entraîné dans une fausse direction ? Ce n'est souvent que, le bistouri et le stylet à la main, que nous pourrons lever nos doutes par une incision exploratrice : car dans l'otite sèche, les causes et les lésions sont multiples, et bien souvent croyant avoir affaire à un cas simple, on se trouve en présence d'un cas complexe, et obligé de pousser plus loin qu'on ne l'aurait supposé l'instrument tranchant.

Plusieurs opérations ont été préconisées pour remédier aux différents états pathologiques de la membrane du tympan dans la sclérose.

La plus élémentaire de toutes est la paracentèse du tympan : nous ne la citons que comme mémoire. En effet, d'une importance souvent capitale dans les otites moyennes aiguës dont elle hâte la guérison, elle est d'un bien faible secours dans l'otite moyenne sèche. Elle aide surtout au diagnostic en permettant de constater le degré d'épaississement du tympan, ou indique si le tympan entre pour quelque chose dans la cause de la surdité.

Mais un traitement plus énergique est réclamé dans le cas qui nous occupe, et bien souvent, le tympan étant un obstacle à l'audition de la parole, on est obligé de le supprimer totalement ou en partie : c'est là le but de la myringotomie.

Toutefois, dans le relâchement, il sera bon d'essayer, avant toute autre opération, le traitement basé sur la propriété rétractile des cicatrices, et dont le premier Bonnafont eut l'idée.

Bonnafont pratiquait à plusieurs reprises la paracentèse du tympan, Gellé préconise la perforation tympanique au thermo-cautère, Politzer les incisions multiples, Gruber les cautérisations ponctuées.

Mais souvent le relâchement exige, comme l'épaississement, la création d'une perforation permanente du tympan.

La myringotomie est faite dans ce but. Elle

fut pratiquée pour la première fois en 1649 par Riolan. Ely, Himly, Astley Cooper continuèrent, mais pratiquèrent l'opération d'une manière tout à fait empirique.

Bonnafont, Trœltzsch et Schwartzé en ont formulé les indications dans ces dernières années. Les voici :

1° Rétrécissements infranchissables de la trompe d'Eustache ;

2° Epaissement simple ou calcaire de la membrane du tympan ;

3° Dans le cas de retraction de la membrane du tympan et des osselets, soit par suite d'adhérences, soit par suite de raccourcissement du muscle tenseux.

Nous ajouterons qu'elle est souvent le complément de diverses opérations pratiquées sur les osselets, et en particulier de la mobilisation de l'étrier.

Nous serions mal venus de dire qu'à l'heure actuelle on soit parvenu à maintenir béante des perforations du tympan pendant un temps indéterminé. Néanmoins, nous ne pouvons passer sous silence certains faits, dans lesquels la perforation après deux ans n'est point cicatrisée, et ce sans le secours d'œillet. C'est ainsi que le D^r Miot cite dans son travail sur la mobilisation, deux malades conservant une perforation permanente depuis 18 mois, entendant assez bien pour remplir leurs

fonctions consistant à diriger une école communale. Chez ces malades, l'étrier était mobile, et les mouvements qu'on lui imprimait à l'aide d'une spatule n'ont pas augmenté l'audition. Quelquefois, à cause de l'ankylose des osselets, et aussi pour retarder la cicatrisation on se trouve obligé d'extraire les osselets sauf l'étrier.

C'est ainsi que le D^r Sexton, pendant une absence du D^r Miot, est venu nous montrer deux malades à qui il avait enlevé les 2 osselets précités, et qui avaient vu aussitôt par là même leur audition augmentée et leurs bourdonnements enlevés. La perforation subsistait et les bords apparaissaient nets et franchement cicatrisés : et ce depuis deux ans.

Voici une observation d'extraction de tympan dans un cas d'otite moyenne scléreuse, que nous avons prise à la clinique de notre maître :

OBSERVATION I. (D^r MIOT).

Extirpation des tympans, avec mobilisation de l'étrier.

Madame X., trente-huit ans, arthritique, vient nous trouver le 27 juin 1890. Elle a eu des douleurs d'oreilles pendant l'enfance, et a été affectée

dès l'âge de 7 ans d'une surdité, devenue très prononcée depuis plusieurs années, plus accusée au grand air, peut-être moins forte en chemin de fer.

Tous les jours, vers onze heures ou midi, cette malade est tourmentée par des bourdonnements.

Divers traitements ont été suivis sans résultat.

Perception crânienne. $\left\{ \begin{array}{l} \text{montre} = 0 \\ \text{diapason} = \text{central.} \\ \text{remontoir} = \text{bon.} \end{array} \right.$

Acuité auditive. $\left\{ \begin{array}{l} m \left\{ \begin{array}{l} \text{or. g.} = 0 \\ \text{or. dr.} = 0 \end{array} \right. \\ \text{remontoir} \left\{ \begin{array}{l} \text{or. g.} = 0 \\ \text{or. dr.} = 0 \end{array} \right. \end{array} \right.$

Voix haute $\left\{ \begin{array}{l} \text{or. g.} = \text{de près.} \\ \text{or. droit} = 0,20 \end{array} \right.$

Le diapason placé sur le vertex avec pressions centripètes ne donne aucun résultat.

Rinne négatif.

Tympan gauche. — Epaissement calcaire considérable de la plus grande partie de cette membrane. — Synéchies avec le promontoire de la grande branche de l'enclume. — Dans des parties centrales, membrane normale dans des points circonscrits. — Apophyse externe saillante, manche du marteau incliné fortement en-dedans et en arrière, et devant toucher le promontoire.

Marteau immobile ainsi que le tympan, si ce n'est dans ses parties non épaissies.

Tympan droit. — Mêmes lésions un peu moins étendues qu'au tympan gauche.

Trompes d'Eustache. — Perméables, larges. — Bruit de souffle rude pendant l'insufflation. Avec le valsalva et le cathétérisme, il n'y a aucune modification, ni de la perception crânienne, ni de l'acuité auditive.

30 juin. — Une amélioration sensible de l'audition n'étant possible qu'après la mobilisation de la chaîne des osselets, l'oreille droite est opérée de la manière suivante :

Après avoir pratiqué dans les parties saines ou près du centre du tympan, près du manche du marteau, une incision de 2 millimètres de longueur environ, on y introduit un crochet mousse, que l'on arcboute contre les parties inférieures du manche du marteau, de manière à bien s'assurer que cette apophyse est bien soudée au promontoire : notre diagnostic au point de vue de cette soudure est confirmé ; mais on réussit à détacher le manche, moitié par traction, moitié par section, à l'aide d'un fort bistouri courbé sur le plat. Il ne reste plus alors qu'à le séparer du tympan, en coupant les parties les moins épaissies, en fracturant les autres avec un crochet, et à en pratiquer la section à l'aide d'un sécateur de manière à pouvoir l'extraire.

Cette ouverture large faite dans les parties cen-

trales du tympan n'améliorant pas l'audition, on parvient en quelques séances en sculptant avec un bistouri la masse calcaire accumulée à la surface du promontoire, en la cassant avec un stylet pointu, en pratiquant des tractions avec un crochet mousse, à en enlever une quantité suffisante pour dégager la grande branche de l'enclume. On luxé l'articulation incudo-stapédale, et on mobilise l'étrier peu encroûté de sels calcaires.

On termine l'opération en enlevant le mieux possible la membrane du tympan par morceaux que l'on obtient en les cassant.

2 juillet. — Même opération à gauche, mais plus laborieuse à cause de l'épaississement plus considérable des parties postéro-supérieures du tympan intimement soudées à la branche de l'enclume et probablement à la paroi interne par des productions calcaires.

Après avoir incisé le tympan avec beaucoup de peine, et fracturé les parties qui résistent trop à l'instrument, nous pratiquons à peu près la même opération qu'à droite. On ne sectionne pas l'articulation incudo-stapédale.

12 juillet. — Pansement antiseptique :

Perc. cr. m. { dr. assez bonne.
gauche = 0

Ac. aud. { or. dr. = 0,02
or. g. = 0

30 septembre.— La perforation tympanique est à peu près la même que celle constatée le 12 juillet dernier.

Acuité auditive, montre, $\left\{ \begin{array}{l} \text{or. dr. 0.02} \\ \text{or. g. 0} \end{array} \right.$

Voix moyenne | dr. 1 mèt.

3 octobre. — Les masses calcaires n'étant pas suffisamment détruites à gauche, on parvient à redonner de la mobilité à l'étrier en sectionnant ces masses et en désarticulant l'enclume d'avec l'étrier.

8 octobre. — A la suite de l'opération, il y a eu un suintement séreux, tari au bout de 3 jours par de simples instillations d'eau boriquée.

Ac. aud. m. g. contact.

V. moyenne. 40 centimètres.

Remarque. — Cette observation montre l'utilité de l'intervention chirurgicale, puisqu'il y avait lieu de croire à l'incurabilité de l'affection, étant donné l'état du tympan, étant donnée cette formation calcaire englobant presque toute la chaîne des osselets et ayant cependant laissé au bout de trente ans à l'étrier une certaine mobilité.

Lorsque le tendon du tenseur est retracté, et qu'il paraît être la cause de la dysecée, l'indication est nette, il faut le sectionner. La ténotomie du tensor tympani s'impose.

Proposée par Hyrtl, pratiquée pour la première fois par Weber Liel, et par bien d'autres opérateurs avec des résultats divers, elle reste toujours une opération utile, car elle produit une amélioration de la surdité et une diminution des bourdonnements par la décompression labyrinthique.

Colladon, de Genève, la rejette et donne, entre autres, ce motif : « Il est maintenant assez généralement admis, qu'aucun succès durable ne peut être attendu de la ténotomie, la raison en est qu'avec le raccourcissement du tendon il existe presque toujours dans l'oreille moyenne des altérations pathologiques sur lesquelles la section n'a aucune prise.

» Dans quelques cas, le résultat favorable a paru tenir à l'opération de la paracentèse du tympan.

» Les suites peuvent en être fâcheuses, car l'on cite un cas d'inflammation violente, consécutive à la ténotomie, qui s'étendrait de l'oreille moyenne au labyrinthe, en s'accompagnant d'aggravation marquée de la surdité et des bourdonnements. »

Or, voici une observation prise précisément chez le docteur Miot et qui répond en partie à ces objections. Voici le résumé de ces observations :

OBSERVATION II.

Mlle M.... 16 ans, couturière, a eu dans son enfance une otite moyenne purulente gauche. Depuis cette époque s'est déclarée une surdité progressive, accompagnée de bourdonnements.

Elle est très sourde de l'oreille gauche.

L'examen du tympan gauche montre une perforation assez vaste entourée de bords épaissis et présentant des synéchies multiples.

Le docteur Miot, pensant à une ankylose de l'étrier, pratique la mobilisation de cet osselet le 5 octobre.

Audition de l'oreille gauche avant l'opération :

Montre 0.04 centimètres.

Voix basse..... 0.09 centimètres.

Voix moyenne... 0.80 centimètres.

Audition après l'opération, le 16 novembre :

Montre. 12 centimètres.

Voix basse..... 60 centimètres.

Voix moyenne..... 2 m. 50.

Le docteur Miot examinant plus attentivement le tympan, reconnaît que le marteau est immobile en partie.

Il pratique aussitôt la ténotomie du tensor tym-

pani. Le marteau exécute alors librement des mouvements assez étendus et, environ trois semaines après, voici quel était le résultat de l'audition :

Montre	28 centimètres.
Voix basse.....	1 m. 30.
Voix moyenne.....	6 mètres.

Dans cette observation l'amélioration ne peut être attribuée à la myringotomie, il existait une perforation permanente ; et la ténotomie a amélioré l'audition, malgré une autre lésion, l'ankylose de l'étrier qui, traitée par la mobilisation, n'avait pas donné tout le résultat désirable.

OBSERVATION III.

Mme F., 34 ans, nervoso-lymphatique, réglée à 12 ans et demi. — Bourdonnements survenus brusquement, et ayant duré au début trois jours. Depuis un mois seulement, ils sont continuels, très forts, et comparables au bruit produit par des feuilles agitées par le vent.

Les insufflations d'air pratiquées dans la caisse, et les aspirations d'air faites dans le conduit à l'aide du speculum pneumatique font disparaître les bourdonnements pendant 2 ou 3 minutes, allègent la tête, et donnent un sentiment de bien être local.

Symptômes fonctionnels.	Crâne gauche	{ montre = bonne. diapason = mieux à gauche.
	Acuité auditive	{ montre = 0,30 centimètres. voix moyenne = 2 mètres.

Symptômes objectifs : Conduits auditifs larges, secs, rectilignes.

Tympan gauche : Surface concave, en avant et en bas.

Le manche du marteau fortement attiré en dedans présente son apophyse externe très saillante.

L'air insufflé dans l'oreille gauche, produit un bruit de râles sous-crépitants dans la trompe, et un bruit de souffle dans la caisse. Cette insufflation diminue les bourdonnements, mais n'améliore pas l'audition.

Traitement. — Gargarisme. Injection dans la caisse de vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant, deux fois par semaine. Valsalva une fois par jour.

6 juin. — Acuité auditive : montre 0,40 centimètres.

14 juin. — L'audition n'augmentant pas, et les bourdonnements restant les mêmes, le docteur Miot se décide à pratiquer la ténotomie du muscle tensor tympani à gauche, après avoir incisé la membrane du tympan sur une longueur de 5 millimètres. — Il fait suivre l'opération d'un valsalva.

Aussitôt après la section du muscle, les bourdonnements sont diminués de moitié.

15 juin soir. — Le malade a craché un peu de sang. L'explication de ce crachement de sang est facile à trouver en examinant le conduit auditif et la caisse, tous les deux renfermant une certaine quantité de sang.

Traitement. — Repos à la chambre. Valsalva 4 à 5 fois par jour.

16 juin. — Bourdonnements revenus plus forts, à trois reprises; crachats sanguinolents. — Mêmes traitements.

20 juin. — Plaie cicatrisée. Pas de bourdonnements d'oreilles. Injection de chlorhydrate d'ammoniaque en solution à 1/60^e une fois par semaine. Valsalva matin et soir.

4 juillet. — La malade n'a plus la sensation d'oreille pleine, bouchée, plus de sifflements pendant la journée, mais seulement le soir elle est affectée d'un sifflement bientôt remplacé par un battement sourd. Ces bruits siègent dans la région pariétale.

• 8 juillet. — Avant-hier, les bourdonnements étant redevenus très forts, la malade s'est introduit dans l'oreille un bourdonnet de coton enduit d'un mélange d'huile et d'éther qui a diminué les bruits d'une manière sensible.

8 août. — La malade nous revient. L'audition est bonne.

L'acuité auditive à la montre est de 0,70 centimètres au lieu de 0,30 centimètres.

Remarque. — Dans cette observation, nous voyons les symptômes subjectifs, tels que bruits d'oreille et surdité, amendés par l'opération de la ténotomie ; mais nous voyons aussi les bourdonnements revenir de temps à autre, et amendés de nouveau par des insufflations dans la caisse. Il est donc probable qu'il se produit quelques adhérences nouvelles, vite détruites par la poussée d'air envoyé dans la caisse. Ces insufflations d'air viennent rendre à la chaîne des osselets sa mobilité et pour cette raison en diminuant la pression intralabyrinthique, diminuer les bourdonnements et augmenter l'audition.

Nous pouvons en conclure que le traitement chirurgical par la ténotomie ne doit pas être employé seul, et que le traitement ordinaire est nécessaire pendant quelque temps encore pour empêcher les brides cicatricielles de se former.

SURDITÉ CONSÉCUTIVE ▲ L'ANKYLOSE DIRECTE DE
L'ÉTRIER. — MOBILISATION DE L'ÉTRIER.

Nous avons vu que dans la plupart des cas, les opérations sur les diverses parties de l'oreille moyenne avaient pour but de permettre aux vibrations d'être transmises à l'étrier ; c'est qu'en effet cet osselet est de tous le plus important, puisqu'il est en rapport presque immédiat avec l'oreille interne ; les autres osselets ne forment guère qu'une partie accessoire intermédiaire, pour la transmission et l'accommodation des sons, à la membrane du tympan et à la fenêtre ovale.

Le rôle important de cet osselet, prouvé par sa situation anatomique, est nettement indiqué par la pathologie et les expériences de laboratoire.

Ces observations prouvent en effet que l'étrier même seul, alors que le reste de la chaîne est détruit, suffit à maintenir l'audition ; celle-ci est restreinte, il est vrai, mais elle est bien supérieure à celle que l'on n'obtiendrait que par les os du crâne. Point n'est besoin de citer ici les faits de Bonnafont et de Miot et l'expérience de Politzer, cette dernière consistant à prendre un osselet sur

le cadavre et à le transplanter sur le vivant à la place d'un même osselet détruit.

L'étrier est formé de 2 branches se réunissant en arc de cercle et d'une surface plane ovalaire appelée platine en rapport avec la fenêtre ovale, au pourtour de laquelle cette platine est fixée par un ligament d'une certaine laxité, le ligament annulaire.

Ce ligament à l'état normal est assez lâche pour permettre à l'étrier le mouvement à lui donné par le muscle stapédus, lequel a pour action de soulever la partie antérieure de l'étrier, et par conséquent une action antagoniste à celle du muscle tensor tympani expliquée par son innervation différente de celle de ces derniers (Tillaux). Comme le reste de la muqueuse, ces ligaments subissent les modifications scléremateuses et l'étrier se trouve immobilisé.

Politzer, au congrès d'otologie de 1889, apporta un certain nombre de pièces montrant divers modes d'ankylose de l'étrier; nous ne le suivrons point dans son énumération des diverses lésions déterminant cette ankylose de l'articulation stapédo vestibulaire.

Nous nous contenterons de dire d'une façon générale que cet ankylose est ou osseuse, ou calcaire ou fibreuse. Lorsque l'ankylose est osseuse, lorsque l'étrier est absolument soudé par un tissu

très résistant, la tentative de mobilisation évidemment ne réussira pas; dans le cas ou au lieu de tissu franchement osseux, nous avons affaire à un tissu calcaire assez friable, alors même que toute la chaîne est comme encastrée dans ce magma, on voit que l'on peut obtenir quelquefois de l'amélioration, mais il faut pour cela que la perception crânienne soit conservée. (L'observation I le démontre nettement.)

Mais c'est surtout lorsque l'ankylose est simplement fibreuse que l'on obtient les meilleurs résultats.

Quel sera le moyen de diagnostiquer l'ankylose de l'étrier ? Lorsqu'il n'existe point de modifications pathologiques du tympan, lorsque celui-ci jouit ainsi que le reste de la chaîne des osselets d'une certaine mobilité, l'expérience du diapason avec les pressions centripètes pourra rendre de grands services. En effet, si l'étrier est mobile, à chaque pression que l'on produit dans le conduit, les vibrations diminuent, et plus on augmente la pression, moins le diapason est perçu. Si pendant les pressions, le son du diapason placé sur le vertex ne change pas, c'est que l'étrier est immobilisé ; mais le meilleur moyen de diagnostic est encore l'observation directe à l'aide d'une incision exploratrice et d'un stylet.

Si l'étrier est mobile, la moindre pression sur

l'osselet déterminera des bourdonnements et parfois même des vertiges.

Lorsque l'étrier est ankylosé, l'indication est nette, il faut lui rendre sa mobilité. Kessel fut le premier qui tenta avec succès la mobilisation de cet osselet. Urbantschicht, Politzer, Gellé le suivirent. Enfin Boucheron, au congrès de Bruxelles en 1888, indiqua comme traitement de la surdité par otopiésis la mobilisation de l'étrier. Nous lui empruntons l'observation suivante, qui en démontre nettement l'utilité.

OBSERVATION IV.

Dame de 28 ans, atteinte de surdité grave et ancienne (voix haute comprise à 30 centimètres). Nous pratiquons successivement dans la même séance : 1° perforation du tympan, l'audition n'est nullement améliorée ; 2° ténotomie du tensor tympani, rien ; 3° dislocation des osselets, rien encore ; 4° extraction des osselets, rien ; 5° enfin mobilisation de l'étrier. Immédiatement après, la haute voix moyenne est entendue à 5 mètres ; amélioration pour la montre, le diapason, et même les harmonies d'un instrument de bois reconnues dans une exécution orchestrale.

Mais Boucheron se contenta d'indiquer l'opéra-

tion sans en donner les indications nettes, si différentes suivant les cas. Le docteur Miot rechercha ces indications, et dans son travail de la mobilisation, les mit en évidence dans un tableau.

Sans entrer dans tous les détails qu'il nous montre, il importe de retenir ceci : c'est que la mobilisation de l'étrier est surtout indiquée lorsque les malades ont de la perception crânienne au diapason et à la montre et des bourdonnements.

Dans tous les cas où le D^r Miot a opéré des malades ayant eu des bourdonnements, mais n'en ayant plus au moment de la mobilisation, avec absence de perception crânienne ou diminution notable de cette perception, le résultat n'a jamais répondu à l'attente du chirurgien.

Pour pratiquer la mobilisation; le docteur Miot fait l'opération en deux temps : 1^o ouverture du tympan, au thermo-cautère ou mieux à l'aide du bistouri ; 2^o pressions sur l'étrier de haut en bas, de bas en haut, d'avant en arrière, et d'arrière en avant, à l'aide d'une tige terminée en spatule. Si les pressions ne suffisent pas, le D^r Miot opère des tractions sur l'étrier à l'aide d'un crochet passé entre les deux branches de cet osselet.

Il va sans dire que toutes les précautions antiseptiques sont prises. L'opération est ainsi pratiquée la plupart du temps, et nous verrons qu'elle a donné des résultats excellents dans certains cas.

C'est dans ce but que nous avons recueilli à la clinique du Dr Miot les diverses observations qui vont suivre.

OBSERVATION V (MIOT)

M. X., 31 ans, devient sourd de l'oreille droite depuis quelque temps, l'oreille gauche restant bonne, dit le malade. Bourdonnements en battements; bruissements continus et forts dans l'oreille gauche. Syphilis il y a sept ans. Coryza fréquent.

A noter ce fait que la syphilis s'est déclarée après le début de la surdité.

Perception crânienne	{	Diapason à droite	
		montre	{ gauche faible droite faible
Acuité auditive	{	montre	{ oreille gauche = bonne oreille droite = 0,40 c.
		voix basse	{ oreille gauche = bonne oreille droite = 0,65 c.
		voix moyenne	{ oreille gauche = bonne oreille droite = 3m50

Tympan à peu près normaux.

Trompes d'Eustache perméables et larges.

Traitement. — Pressions centripètes et centrifuges sur le tympan. Cathétérisme des trompes d'Eustache et insufflation de vapeur d'eau iodée dans la caisse. Infusion de jaborandi tous les deux jours. Galvanisation. La surdité est très

peu améliorée. Les bourdonnements restent les mêmes.

16 juillet 1889. — *Mobilisation étrier droit.* — Bouillonnement au moment de la mobilisation. A peine amélioration de l'audition. Les bourdonnements persistent.

23 août. — Remobilisation; aussitôt le malade entend la montre à 0,30. Traitement antiseptique.

25 août. — Bourdonnements diminués de moitié. On continue l'emploi de jaborandi et de l'électricité.

6 septembre :

Acuité auditive : Oreille droite	{	montre	0,30
		voix bases	2 m.
		voix moyenne	8 m.

22 octobre :

Perception crânienne droite = bonne			
Acuité auditive	{	montre	0,60
		voix basse	3,50
		voix moyenne	12 m.

Remarque. — Nous avons revu ce malade l'année dernière, l'audition s'était conservée presque aussi bonne, le malade avait peu de bourdonnements.

Nous sommes allés le revoir ces jours derniers, voici le résultat de notre examen :

Perception crânienne droite.	=	bonne
Acuité auditive montre	=	0,60
Voix basse.	=	3,70
Voix moyenne.	=	12 m.

OBSERVATION VI.

Mme X..., 45 ans, dentellière, est affectée depuis quatre ans d'une surdité progressive, sans douleur ni écoulement, augmentée au milieu du bruit et pendant la mastication.

Etourdissements :

Perception crânienne	Diapason à droite
	montre { droite = faible,
	gauche = très faible
Acuité auditive m.	{ oreille droite 0
	oreille gauche 0,50
Voix moyenne	{ oreille droite 0,10
	oreille gauche 1, ^m 20.

Tympan. — Epaississement blanchâtre, allongé, terminé en pointe derrière le manche du marteau.

Trompes d'Eustache. — Perméables et larges.

Traitement. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache droite, insufflation de vapeur d'eau et de chlorhydrate d'ammoniaque, pressions centripètes et centrifuges. Aucune amélioration.

2 Juillet. — Mobilisation de l'étrier droit. — Au moment où l'on presse sur la grande branche de l'enclume, on perçoit une sorte de craquement semblable à celui que feraient deux surfaces qui se décolleraient, ou au bruit produit pendant la rupture d'un ligament fortement tendu. Opération difficile à cause du sang épanché dans la caisse

après la myringotomie ; ce sang est enlevé en partie pour pratiquer la mobilisation.

Pression sur l'étrier. — Bruissement.

Nettoyage imparfait de la caisse. — On laisse encore un peu de sang. Pansement antiseptique.

3 Juillet. — A craché du sang provenant évidemment de la caisse qui en est remplie.

Douche de vapeur d'eau iodoformée. — Nettoyage encore incomplet de la caisse à l'aide d'un bourdonnet de coton boriqué imbibé d'une solution de bichlorure de mercure. — Nouveau pansement antiseptique.

4 Juillet. — On pratique l'insufflation d'air par le procédé de Politzer.

5 Juillet. — Pas d'amélioration de l'audition.

18 Juillet. — Même état. — Politzer. — Immédiatement après, l'audition est modifiée avantageusement. — Même pansement.

1^{er} août :

Perception crânienne, montre assez bonne ; Acuité, montre 0,02.

19 novembre :

Perception crânienne, bonne ; Acuité auditive, montre 0,08.

L'acuité auditive de l'oreille gauche a augmenté sensiblement sans avoir soumis celle-ci à aucun traitement. Nous avons plusieurs cas semblables. Ce fait du reste est signalé par Hartmann dans son

chapitre où il milite en faveur du traitement chirurgical dans l'otite moyenne a forme sèche.

« Lorsqu'il y a surdité complète ou cophose d'une oreille, dit Hartmann, à propos de la ténotomie, et surdité progressive de l'autre oreille, celle-là peut être opérée, et une action favorable peut par là être exercée sur la seconde. »

OBSERVATION VII

26 mars 1889. Mlle X..., 10 ans, a une surdité depuis 3 ou 4 ans, paradoxale, plus forte en mangeant ou après des fatigues intellectuelles et des émotions. L'audition subit d'assez fréquentes variations. Battements dans l'oreille gauche, intermittents et produits ou augmentés par les exercices violents. Bruissements de l'oreille droite. Etourdissements donnant la sensation de propulsion en arrière en octobre et novembre 1888. Augmentation de la surdité depuis le mois d'octobre.

Perception crânienne	{	Diap. à gauche.	
	{	montre {	g. assez faible.
		d.	id.
Acuité auditive	{	montre	{ or. gauche = 0,04
			{ or. droite = contact
	{	voix moyenne	{ or. gauche = 0,75
			{ or. droite = 0,30

Le traitement ordinaire donne peu d'amélioration. (Insufflations par le procédé de Valsalva; cathétérisme avec injection de vapeur d'eau et de

benjoin). L'électrisation par les courants continus a amené l'amélioration des bourdonnements à gauche, mais on ne constate que très peu d'amélioration de l'audition.

3 avril. — Mobilisation de l'étrier droit. La plaie tympanique saigne abondamment.

Acuité auditive, montre : oreille droite = 0,08

8 avril. — Beaucoup moins de bourdonnements. Amélioration à droite maintenue.

9 avril. — Mobilisation de l'étrier gauche.

11 avril. — La perforation du tympan droit est cicatrisée, à gauche la perforation est béante. La malade se plaint de bourdonnements. Tisane de jaborandi répétée tous les deux jours le matin à jeûn.

27 avril. — Bourdonnements cessés à gauche, très faibles à droite.

Perception crânienne, montre = assez bonne.

Acuité auditive	{	montre	{ or. gauche = 0,20
			{ or. droite = 0,35
		voix moyenne	{ or. gauche = 4 m.
			{ or. droite = 4 m. 80

OBSERVATION VIII

M. X... trente-et-un ans, habite les colonies françaises depuis huit ans et a un peu d'hépatite pour laquelle il se propose d'aller prendre les eaux de Vichy. Ni douleur ni écoulement d'oreille. Surdité de l'oreille gauche depuis plusieurs années,

moins prononcée au milieu du bruit et en voiture.
Bruissement plus fort dans l'oreille gauche que
dans l'oreille droite.

Perception crânienne, montre :		gauche = 0
		droite = faible.
Diapason :	bosse frontale, mieux à gauche.	
	vertex, mieux à droite.	
Acuité auditive	{ montre	or. gauche = 0
		or. droite = 0
	{ voix moyenne	or. gauche = 0,06
		or. droite = 0,10

Tympan, rien de spécial.

Trompes d'Eustache, perméables larges.

7 mai. — Pressions centripètes. Insufflation de
vapeur d'eau dans les caisses.

16 mai. — Pas de modifications de la surdité.

17 mai. — Myringotomie gauche. Mobilisation
douteuse, le malade perçoit peu de bouillonnement
au moment des pressions sur les branches de
l'étrier.

24 mai. — Bourdonnements moins forts. Peu
d'amélioration dans l'acuité auditive.

Deuxième mobilisation de l'étrier gauche. Sen-
sation de bouillonnements nettement accusée.

28 mai. — Troisième mobilisation de l'étrier
gauche.

4 juin. — Troisième mobilisation de l'étrier
droit. Bouillonnements.

12 juin. — Bourdonnements très diminués.

Perception crânienne : montre { gauche = 0
droite = bonne

Acuté auditive { montre { gauche = 0
droite = 0,03
voix moyenne { gauche = 0,15
droite = 1 m.

24 septembre :

Perception crânienne : montre { gauche = 0
droite = bonne.

Acuté auditive { montre || gauche = 0
droite = 0,06
voix moyenne || gauche = 0,15
droite = 3,50

OBSERVATION IX

27 février 88. — Mme L..., 33 ans, caoutchoutière. Arthritique, a un père sourd. Elle vient nous consulter pour des bourdonnements et de la surdité. Ces bourdonnements ont d'abord été intermittents puis sont devenus continus et existent depuis trois ans.

Ils sont très intenses à droite, beaucoup plus faibles à gauche. Les uns sont intermittents et comparables à des sifflements ou à des bruits de cloche. Les autres sont permanents, semblables à un bruissement et varient avec la circulation. La surdité est paradoxale.

Perception crânienne { montre { g. = bonne.
dr. = faible.
Diapason à droite.

$$\text{Acuité auditive} \left\{ \begin{array}{l} \text{montre} \left\{ \begin{array}{l} g. = 0,06. \\ dr. = 0. \end{array} \right. \\ \text{voix murmurée } g. = 0,50. \\ \text{voix moyenne } g. = 3,20. \end{array} \right.$$

Tympan à peu près normaux.

Trompes d'Eustaches perméables et larges. —
Gorge et nez sains.

Traitement : Insufflation de vapeur d'eau et de
bourgeons de sapin.

Pressions : Pas de résultat notable.

18 mai. — Mobilisation de l'étrier droit. Bouil-
lonnement.

Traitement ordinaire.

21 mai. — Bourdonnements diminués des 2[3
dans l'oreille droite.

$$\text{Acuité auditive, or. dr.} \left\{ \begin{array}{l} 0,40 \text{ à la voix basse.} \\ 1,50 \text{ à la voix moyenne.} \end{array} \right.$$

29 mai. — Bourdonnements diminués et chan-
gés de timbre à droite.

A gauche les bruits paraissent plus forts qu'a-
vant l'opération parce qu'ils ont diminué beau-
coup à droite.

La perception crânienne est redevenue bonne.

Traitement : Valsalva 2 fois par semaine.

5 juin. — Mobilisation de l'étrier gauche. —
Au moment où l'on presse sur l'étrier, le malade
ressent une espèce de sifflement et de la lourdeur
de la tête. Quelques instants après les bourdonne-
ments ont diminué.

Traitement antiseptique.

15 juin. — Battements dans l'oreille gauche pendant les jours qui ont suivi l'opération. Bourdonnements non diminués. Plaie tympanique non cicatrisée. Pas d'amélioration de l'acuité auditive. Cathétérisme. Amélioration instantanée de l'audition.

6 juillet. — Bourdonnements cessés à gauche, ne reviennent très légers qu'à la suite de grandes fatigues, diminués des 2/3 à droite. A gauche il existe des synéchies entre le tympan et la grande branche de l'enclume.

20 novembre. — Bourdonnements cessés à gauche, très diminués à droite.

Perception crânienne m. { g. = bonne.
dr. = bonne.

Ac. auditive m. { g. = 0,70.
dr. = 0,15.

V. moyenne { g. = 5 mètres.
dr. = 2 mètres.

OBSERVATION X.

M. N..., 40 ans, employé Hôtel-de-Ville, surdité datant de 4 à 5 ans, progressive, sans douleur ni écoulement, non paradoxale, augmentée depuis un an. Bourdonnements continuels en tchii.

Pas de maladies antérieures.

Pas d'antécédents dans la famille.

Pharyngite sèche.

Perc. cr.	{	Diapason à gauche.	
		montre	g. = faible. dr. = assez bonne.
Ac. aud.	{	m.	g. = 0,01. dr. = 0,03.
		v. basse	g. = 0,10 cent. dr. = 0,20 cent.
		v. moyenne	g. = 1 ^m . dr. = 1 ^m ,20.

Tympan non épaissis.

Trompes libres.

Traitement : Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Insufflation de vapeur de benjoin dans les caisses.

Electrisation. — Pas d'amélioration ni de surdité, ni des bourdonnements.

Mobilisation de l'étrier gauche et de l'étrier droit.

— Bruissement au moment de la mobilisation.

Aussitôt après l'opération.

Ac. aud.	m.		g. = 0,06. dr. = 0,10.
----------	----	--	---------------------------

Pansement occlusif antiseptique. — Valsava trois fois par jour.

Trois jours après le malade revient; on retouche à nouveau l'étrier des deux côtés, à travers la perforation béante, à contours parfaitement nets, sans trace de myringite. On constate leur parfaite mobilité.

Audition	{	montre		g. = 0,10.
				dr. = 0,15.
	{	v. basse		g. = 0,50
				dr. = 0,70.
	{	v. moyenne		g. = 2,30.
				dr. = 3,50.

Dix jours après le malade revient à nouveau, les tympanes sont parfaitement cicatrisés. L'audition reste la même. Les bourdonnements sont diminués.

Cinq à six mois après, le malade est tellement satisfait, qu'il nous envoie un de ses parents malheureusement incurable.

Nous avons revu ce malade ces temps derniers chez lui. Il se plaint seulement d'un peu de bourdonnements intermittents. L'audition s'est maintenue. Nous l'avons engagé à revenir.

CONCLUSIONS.

1. — La surdité dans l'otite moyenne sèche est généralement occasionnée par une absence ou une insuffisance des mouvements de l'articulation stapèdo-vestibulaire.

2. — Lorsque le traitement ordinaire par insufflations, cathéterismes, électrisations a échoué, le seul moyen de remédier à cette surdité est le traitement chirurgical. Il renferme plusieurs indications dont la principale est la mobilisation de l'étrier. Toutes les autres opérations (myringotomie, section de brides, ténotomie du tensor tympani) n'ont qu'un seul et même but, permettre aux ondes sonores de pénétrer jusqu'à l'étrier et de faire vibrer cet osselet.

3. — Le traitement chirurgical n'offre aucun danger si les précautions antiseptiques suffisantes ont été prises.

4. — Il est principalement indiqué lorsque la perception crânienne est conservée totalement ou en partie, et qu'il y a encore des bruits subjectifs. C'est dans ces cas qu'il peut donner des résultats durables ; néanmoins l'existence de la perception crânienne et des bruits subjectifs ne constitue qu'une probabilité en faveur du succès.

5. — Le diapason vibrant sur le vertex paraît fournir de bonnes indications. Il est presque toujours inutile d'opérer lorsque le diapason vertex est mieux entendu de la meilleure oreille, et lorsque les bourdonnements, après avoir existé pendant un certain temps dans les oreilles malades, ont disparu complètement.

6. — Le traitement chirurgical ne doit point faire négliger le traitement ordinaire, qui lui constitue un bon adjuvant et doit souvent être employé concurremment avec lui.

Vu par le Président de la thèse,

STRAUS.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE.

- BONNAFONT. — Bulletin Ac. méd. Paris 1842.
- POLITZER. — Anatomie pathologique de l'oreille.
- URBANTSCHICH. — Traité des maladies de l'oreille.
- GELLÉ. — Précis des maladies de l'oreille.
- MIOT. — Pressions centripètes et centrifuges sur le tympan. (in 1885).
- BOUCHERON. — Opération de la surdité otopé-sique.
- BOUCHERON. — Surdité paradoxale et son opération.
- POLITZER. — Recherches histologiques sur les changements pathologiques dans les niches des fenêtres ovales et rondes.
- POTTIER. — Thèse Paris 1889. — Traitement de la surdité consécutive à l'otite moyenne purulente.
- MOURE. — Mobilisation de l'étrier.
- MIOT. — Mobilisation de l'étrier. — Congrès d'otologie, 1889.
-

